「食べる機能」の維持・回復に向けた食事支援の最前線

地域包括ケアを推進するため，嚥下障害患者のケアや食事支援も地域に根ざした多職種連携の取り組みが求められている．独自の活動を行っている公立能登総合病院と鳥取市立病院の取り組みを紹介する．

公立能登総合病院／食力の会

「食形態マップ」と「食事支援チェックシート」を用いた高齢者の食事支援

食形態に関するインシデント予防のため「食形態マップ」を作製

石川県能登地区の医療機関や介護施設の管理栄養士，言語聴覚士らで構成される「食力の会」は，2014年6月，「どこでも，誰でも，地域の食の情報が共有できる」ことを目標に，食形態の対応表である「食形態マップ」を作製した．

「食力の会」代表で公立能登総合病院歯科口腔外科の長谷剛志部長は，「食形態マップを作製したのは，誤嚥性肺炎で当院に入院していた摂食嚥下障害のある高齢患者が，退院後，介護施設で窒息したことがきっかけです」という．

同院では当時，その高齢患者にペースト状の「嚥下Ⅲ度食」を提供しており，退院時の「診療情報提供書」にも「嚥下Ⅲ度食」と記入した．ところが，それを受け取った介護施設には「嚥下食3」というきざみ食があり窒息が発生したという．

歯科口腔外科の長谷剛志部長．「食形態マップを地域に普及させるため，ケアマネジャーや訪問看護ステーションのスタッフとともに，月に1回，説明会や勉強会を開催しています」

「類似した呼称が双方に存在し，その形態が違っていたため生じた事故でした．これをきっかけに，能登地区で食事を提供している136の医療機関と介護施設の呼称を食力の会で調査したところ，形態がわかりにくい独自の呼称や，類似した呼称が多数ありました」

そこで長谷部長らは食形態の段階ごとに呼称を統一しようと考えたが，「施設ごとになじんだ呼称があり，呼称自体を変更・統一することが難しかった」ため，色で可視化し医療・介護・福祉関係者の地域連携をはかった．

現在は，日本摂食嚥下リハビリテーション学会の「嚥下調整食分類2013」のコードごとに，たとえば「嚥下訓練食品0j」（エンゲリード®など）は黄，「嚥下調整食1j」は青，「嚥下調整食2」は緑というように，表を作製して（セルの塗りつぶし色で）可視化している．さらに，嚥下調整食4（コード4）については細かい分類が必要と考え，硬さや大きさに応じて「軟―小」「硬―大」など独自の統一基準を設けた．分類コンセプトなどは「能登脳卒中地域連携協議会」のホームページ（noto-stroke.net）に掲載されている．

「縦軸の行に分類コード，横軸の列に施設名を入力し，各施設の呼称，該当する

●「食形態マップ」の使用方法（一部掲載）

能登脳卒中地域連携協議会 http://noto-stroke.net/foodstyle/pages/map.html

●食事支援チェックシートのチェック項目

1. 全身状態
- □肺炎の既往がある
- □37℃以上の発熱がみられる
- □認知症と診断されている
- □脳卒中の既往がある
- □自力摂取が困難である

2. 認知・意欲
- □覚醒が悪い
- □食べることを拒否する
- □落ち着きがなく食事に集中できない
- □次々に食べ物を口に詰め込む
- □食が進まない

3. 口腔機能
- □食べこぼしがみられる
- □上手く噛めず飲み込めない
- □入れ歯の装着を拒否する
- □口腔内が乾燥している
- □口腔ケアに協力的でない

4. 咽頭機能
- □お茶や汁物でむせる
- □固形物でむせる
- □痰絡みがみられる
- □飲み込みに時間がかかる
- □食事中に呼吸が乱れる

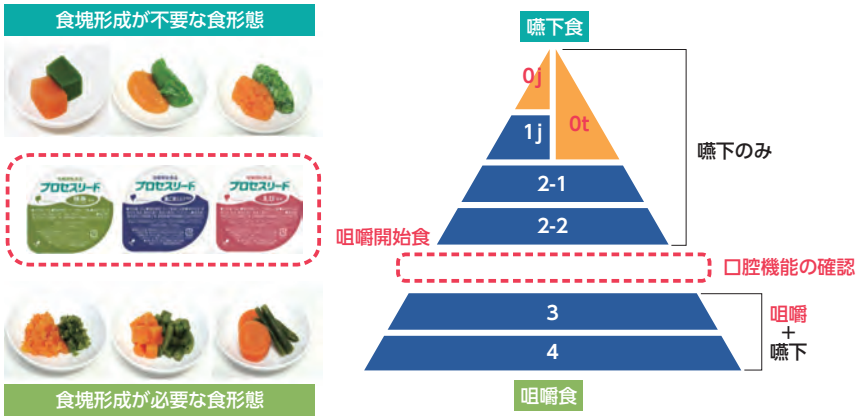
5. 姿勢保持
- □体幹が傾斜している
- □円背がみられる
- □頭部が後屈している
- □上肢に麻痺や緊張がみられる
- □筋の固縮がみられる

食事の写真も掲載しました．概説として，各施設でのコンセプトや使用されている増粘剤（とろみ調整食品）も記載し，印刷物の冊子を作製して全施設に配布しました．今後は各地域に対応した食形態マップが全国にひろまり，地域や施設の特性に合わせて使用していただければと思っています」と長谷部長は話す．

食べる機能の把握に「食事支援チェックシート」を活用

長谷部長は，「医療・介護従事者は，摂食嚥下障害をもつ高齢者の食事場面を観察し，提供される食形態や姿勢，介助・支援の方針を検討する必要があります．摂食嚥下機能の低下は，普段の生活のなかでさまざまなサインを伴うので，サインを見逃さず，いち早く把握することが大切です」として，「食事支援チェックシート」を作製．

●当院における咀嚼開始食品の位置づけ（JSDR嚥下調整食分類2013＊上での比較）



＊『日摂食嚥下リハ会誌17(3)：255-267，2013』または日本摂食嚥下リハ学会ホームページ：http://www.jsdr.or.jp/doc/doc_manual1.html『嚥下調整食学会分類2013』を必ずご参照ください

観察ポイントは，①全身状態，②認知・意欲，③口腔機能，④咽頭機能，⑤姿勢保持．それぞれ5つのチェック項目があり，各症状について満点（5点）から該当項目数を引いた数をバランスシートに記入するというもの．高齢者の“食べる機能”を5つの視点でスコア化できる．

「数値の低下やバランスの乱れは摂食嚥下機能低下のサインの1つとなります．定期的にチェックすることで，食事と栄養状態の維持・改善に一翼を担うことができると思います」

長谷部長は，“どうしたら安全に食べられるか”という視点で評価しないと，摂食嚥下障害症例の多くは“食べてはいけない”となってしまう，と強調する．「食べる楽しみや幸せかどうかはその人の主観なので，一方的に“がんばって食べて！”の押し売りは間違いだと思います．食べる機能を冷静に評価したうえで食事支援することが大切です」という．

また，飲み込みの評価だけでは食べる機能を把握したことにならない．咀嚼の結果，咽頭にどのような物性が到達するのか，その物性が咽頭機能に合っているかなど，咀嚼機能を含めた咀嚼嚥下機能の評価が重要だという．

「咀嚼機能自体が低下している例や，入れ歯の不具合で食塊形成ができず丸飲みして窒息する例もみられますから，きちんと噛んで食塊を形成できているかを観察しなければいけません．咀嚼が起こり，食塊形成しやすく，咀嚼後の物性に配慮したプロセスリードのような咀嚼開始食品を使って口腔機能を確認することは，適切な食形態の提供に有用だと思います．食形態として，嚥下調整食分類2013の“コード2-2”から“コード3”に進む前（食塊形成が必要な食形態に進む前）の確認，食事支援チェックシートでは“口腔機能”の確認にプロセスリードは適しています．コード2-2の食形態を安定して食べられる方については，義歯調整やPAP作製後，最後にプロセスリードを使って，実際に食べることができるかを確認しています」と長谷部長は話す．

栄養部のスタッフと食形態マップの食事を検討する長谷剛志部長

食事支援において食べる機能を正確に評価することは，適切な栄養管理の観点からも必要であり，その質の向上を追求してこそ，高齢者の食べる楽しみをサポートできると長谷部長は考えている．

鳥取市立病院 摂食支援チーム

咀嚼嚥下機能の評価で認知症高齢者の食生活を支援する

入院早期の介入で摂食機能に応じた対応が可能に

鳥取市立病院の摂食支援チームは，入院早期から嚥下内視鏡検査（VE）による摂食嚥下評価を行うことで高齢者の食生活を支援している．同チームは，歯科医師，言語聴覚士，歯科衛生士，看護師の14人で構成されている．

目黒道生歯科医長は，「以前は，ゼリーなどの形態から咀嚼調整食にアップする入院14日目くらいのタイミングで，院内食を用いてVEを行い，“どの食形態なら大丈夫なのか”という評価を行っていました．したがって，その時点で嚥下状態がよくなった人がVEの対象になることが多かったのです．現在は，早ければ入院後2日，多くは1週間以内に嚥下内視鏡による評価を行い，機能が良好な方には目標を設定し，状態が悪化しそうな方には，現状の生活が維持できるよう栄養も含めて管理を行っています」という．

評価結果から，訓練がなくても改善するのか，訓練で改善するのか，訓練で改善の見込みが少ないのか，を見極める．そして，改善の見込みが少ない患者は，現状で生活を維持できるか，看取りが現実的な時期かを考える．これらのプロセスを加味して，その後の言語聴覚士の対応を7段階に分けて（ST-category），「B：適宜評価し食事形態アップ」「C：摂食訓練と併行し食事形態アップ」「D：重度摂食嚥下障害者（訓練重視）」の3つの段階に入った患者を重点的にケアする．

目黒医長は早期評価のメリットとして，食事の開始の見通しだけでなく，その後の改善を予知した訓練計画を立てることができ，結果として誤嚥性肺炎の予防が期待できることもあげる．

「適切な食形態を早期に提供することもできるので，患者さんの満足度，栄養状態がよくなっていると実感しています．急性期病院だとどうしても治療が優先されますが，最近では主治医からVEの予約が入るようになりました」

歯科（口腔ケア）の目黒道生医長．リハビリテーション部副部長，地域医療総合支援センター生活支援室の副室長も務めている

●鳥取市立病院のST-category

- 0　：経過観察（評価のみ）
- A　：食事摂取しモニタリング（訓練なし）
- B　：適宜評価し食事形態アップ
- C　：摂食訓練と併行し食事形態アップ
- D　：重度摂食嚥下障害（訓練重視）
- D0：重度嚥下障害（訓練に不応答の推定）
- E　：看取り（苦痛緩和とQOL）

退院後の生活を視野に入れ5期モデルとプロセスモデルの視点で評価

評価の対象となる高齢者は脳血管疾患がベースにある人は以外と少なく，総合診療科の患者が多い．そのため認知症やフレイルの高齢者（平均年齢85歳）が多いのが実状だ．

「以前は脳血管疾患患者が多いため5期モデル（液体嚥下）の視点で丸飲みの評価を行っていましたが，高齢者や認知症患者には，プロセスモデル（咀嚼嚥下）の評価も必要なのです」という．アルツハイマー型認知症の場合，脳血管疾患患者とは異なり，自立度が落ちても摂食機能は落ちにくい．そのため，患者の大半は退院後も継続した食支援が必要となるからだ．

「検査食や訓練食と，給食は区別して考えるべきだと思います．規格化された物性で評価を行うことで状態を正確に把握し，退院後の食生活を想定した介入につ

●VEによる咀嚼・嚥下評価で準備される食形態と使用順

①着色水（とろみ0%，1%，2%）

↓

②エンゲリード®（スライス）

↓ あらかじめ，口腔機能と咀嚼部位の有無から検査可能と判断した場合

③プロセスリード®（スライス→ブロック）

↓

④ペースト（付着性の高いものを選択）

↓

⑤全粥（ばらけやすいものを選択）

胃切除術後患者のVEを行う摂食支援チーム．胃食道逆流や不顕性誤嚥の有無の確認，食形態のアップのために実施された

摂食支援チームでは勉強会や症例カンファレンスなども随時開催している

なげることが大切だからです」という．同チームでは，着色水，着色とろみ水（1%，2%），嚥下訓練食（エンゲリード®）で送り込みや嚥下機能を，咀嚼開始食（プロセスリード®）で咀嚼嚥下機能を，そして付着性の高いペーストで（とろみ水の所見との比較によって）中咽頭の収縮能を，全粥で舌の取りまとめや中・下咽頭の収縮能を評価している．

「咀嚼運動を確認する場合，病院食は形態が一定でないため評価しづらいのですが，プロセスリードは規格化された物性で，咀嚼によりペースト状になるので評価しやすいというメリットがあります．義歯装着で下顎が突出し丸飲みで食べている高齢者も多いのですが，義歯を調整することで下顎の位置が変わることがあります．そのような場合，プロセスリードで咀嚼運動を確認できれば噛んで食べる食形態へ上げられます．咀嚼機能や口腔機能の評価に基づいた対象者には，一定の硬さがあるプロセスリードを用いてしばらく訓練し，食形態を向上します」

摂食支援チームの目標はあくまで自宅や介護施設での食事なので，「その段階までステップアップするために，プロセスリードを用いて評価・訓練しています」と目黒医長は強調する．

目標は「ひと口大以上の食形態で退院」今後は介護予防の視点でも活動

同院の摂食支援チームは，2010年に「嚥下チーム」として在宅復帰に向けた生活支援の活動を開始，2012年には訪問歯科診療も開始した．また，2014年からは地域包括ケアシステムに備え「一口大以上の食形態で退院」を目標にしているという．

「退院後も咀嚼嚥下機能の評価を継続していくことで，患者さんの食生活を支え続けることができると考えています．急性期だからこそ，普段は意識せず食べている食事のことを身体の治療や生活を続けるうえで大切なことと認識して，私たちの話もよく聞いてくれます．入院のより早い段階から介入すると，患者さんや家族にも関心をもってもらえます．今後は，介護予防の視点からも，より早期にかかわりたいと思っています」

急性期の単一疾患を対象にするのではなく，患者の退院後の生活や，再評価，予防にも観点をおいて活動したいという目黒医長．今後も，摂食支援チームとともに地域の高齢者の食生活を支援していく．